

Die Patientenklage – Erfahrungen als Gutachter

L. Brandt

Zusammenfassung

Beginnend mit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden bei den Ärztekammern der Länder Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, deren Aufgabe die außer- bzw. vorgerichtliche Klärung von Behandlungsfehlervorwürfen ist. Diese Einrichtungen bieten betroffenen Patienten, aber auch Ärzten ohne aufwendige Formalitäten und ohne Entstehung von Kosten die Möglichkeit, einen vermuteten oder tatsächlichen ärztlichen Behandlungsfehler fachlich und juristisch überprüfen zu lassen. Am Beispiel des Statuts der Kommission bei der Ärztekammer Nordrhein wird die Arbeitsweise dargestellt. Die bei den Landesärztekammern eingegangenen und bearbeiteten Fälle werden in einem jährlichen Tätigkeitsbericht durch die „Ständige Konferenz Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen“ der Bundesärztekammer publiziert. Im Jahr 2011 gingen 11.107 Anträge auf Überprüfung ein. Knapp $\frac{3}{4}$ der Anträge betrafen eine Behandlung im Krankenhausbereich. Die mit Abstand am häufigsten beteiligten Fachgebiete im Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich sind die Unfallchirurgie und Orthopädie. Klagen über eine anästhesiologische Behandlung stehen im Krankenhaus auf dem 6. Rang, im niedergelassenen Bereich finden sie sich nicht unter den häufigsten 10 Fachgebieten. Der Anteil der Fälle, bei denen ein Behandlungsfehler festgestellt wurde, lag mit 30,7% etwa in dem Bereich, den auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen bei seinen eigenen Überprüfungen angab (32,1% der eingereichten Beschwerden). Die Fachgebiete mit den prozentual am meisten bestätigten Behandlungsfehlervorwürfen sind beim MDK die Gynäkologie/Geburtshilfe und die Anästhesie/Intensivmedizin. Von den 4.068 als behandlungsfehlerhaft befundenen Fällen waren 63 aus dem anästhesiologisch/intensivmedizinischen Bereich, die Bestätigungsquote betrug 35%. Bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern wurden im Jahr 2011 11.107 Anträge gestellt. In 25,5% der begutachteten Fälle kam man zu dem Ergebnis, dass ein Behandlungsfehler mit kausal verursachtem Schaden vorliege, d.h. dass die Patientenansprüche begründet seien. In weiteren 5,2% wurde zwar ein Behandlungsfehler festgestellt, der jedoch nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem beklagten Schaden stand, sodass der Patientenanspruch als unbegründet abgelehnt wurde. Das Fachgebiet Anästhesiologie und Intensivmedizin betrafen beim MDK 180 Anträge (63 Anträge bzw. 35% bestätigt), bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 234 Anträge. Aus der eigenen gut-

achtlichen Tätigkeit kann aus den Jahren 2008 bis 2012 über 154 Fälle berichtet werden. In 39 Fällen war ein Behandlungsfehler zu bestätigen, in vier Fällen war eine Aufklärungsrüge auszusprechen, in einem Fall war die Durchführung einer dringend notwendigen Sicherungsaufklärung nicht erfolgt. Einschließlich der Aufklärungsrügen entspricht dies seiner Behandlungsfehlerquote von 29%. Als wirksame Instrumente zur Schadensabwendung dienen die postoperative Visite, das ausführliche Gespräch mit dem Patienten und eine umfassende Dokumentation.

Einleitung

Die Beschwerdefreudigkeit der Patienten nimmt stetig zu. Aus der vom Robert-Koch-Institut in Berlin herausgegebenen „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ geht hervor, dass laut Umfrage 33% der befragten Personen in den letzten zwei Jahren bei einem Kontakt im Gesundheitswesen einen Anlass zur Beschwerde sahen; 13% der Befragten beschwerten sich tatsächlich [24]. In der Bundesrepublik schätzt man die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte auf 400.000.000 jährlich, d.h. jeder Deutsche hatte statistisch gesehen etwa 5 Arztkontakte im Jahr, 135.000.000 Kontakte verliefen so, dass der Patient einen Anlass sah, sich zu beschweren.

Zur Häufigkeit von Beschwerden über vermutete Behandlungsfehler gibt es nur Spekulationen. Da die Zahlen je nach Quelle weit auseinanderklaffen, sind die Angaben wenig zuverlässig. So berichtete z.B. das Magazin „Stern“ im Mai 2012, dass nach unterschiedlichen Studien allein an den rund 2.000 Kliniken in Deutschland zwischen 17.000 und mehreren 100.000 Menschen jedes Jahr wegen Kunstfehlern, Nachlässigkeiten und Pfusch sterben [26]. Wie unrealistisch diese Zahlen z.T. sind, zeigt ein Vergleich mit der Sterberate. Diese beträgt in Deutschland 11/1.000 Einwohner, d.h. bei einer Bevölkerungszahl von 81.726.000 sterben in der Bundesrepublik jährlich 899.000 Menschen. Zweifellos ist aber eine Beschwerde- und damit auch „Haftungsexplosion“ zu konstatieren, der nach Ulsenheimer und Bock u.a. die folgenden Ursachen zugrunde liegen [17]:

- Verrechtlichung der Medizin.
- Überzogene Erwartungen und übersteigerte Ansprüche von Patienten, denen der Glaube an die ärztliche Omnipotenz und die Beherrschbarkeit des menschlichen Körpers gleich einer Maschine die Einsicht versperrt, dass zwischen

April 2013 · Nürnberg

Schicksal und Schuld, zwischen Unglück und Unrecht unterschieden werden muss und es kaum eine ärztliche Tätigkeit ohne mehr oder weniger Risiko gibt.

- Die Leistungen der Medizin haben Hoffnungen geweckt, die nicht immer und überall erfüllt werden können und zu einer Überschätzung ihrer Möglichkeiten geführt haben.

Es ist erstaunlich, dass angesichts der Brisanz der Situation auch die wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände keine verbindlichen Aussagen zur Häufigkeit von Auseinandersetzungen zwischen Arzt und Patient machen können. Zuverlässige Angaben zur Anzahl von Patientenbeschwerden sind im Augenblick lediglich von zwei Institutionen zu erhalten, dem Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) [25] und den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern [23].

Ist ein Patient der Meinung, er sei Opfer eines Behandlungsfehlers geworden, so hat er die folgenden Möglichkeiten zur Weiterverfolgung seiner Beschwerden:

- Gespräch mit dem behandelnden Arzt / dem behandelnden Krankenhaus → ø Zahlen vorliegend.
- Selbsthilfeorganisationen (z.B. Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Notgemeinschaft Medizingeschädigter – Patient im Mittelpunkt e.V., Deutscher Patientenschutzbund e.V.) → ø Zahlen vorliegend.
- Einschalten der Justiz → ø Zahlen vorliegend.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) → 12.686 Beschwerden von Patienten im Jahr 2011.
- Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern → 11.107 Beschwerden von Patienten im Jahr 2011.

Die Statistik der Medizinischen Dienste der Kassen weist in 4.068 Fällen (32,1%) eine Bestätigung des Behandlungsvorwurfs aus. Die Fächer mit den prozentual am meisten bestätigten Vorwürfen sind die Gynäkologie/Geburtshilfe sowie die Anästhesie/Intensivmedizin (jeweils 35%).

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Bei den Landesärztekammern sind seit 1975 so genannte Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen eingerichtet, die als weisungsunabhängige Gremien bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient objektiv klären, ob die gesundheitliche Komplikation auf einer haftungsbegründenden ärztlichen Behandlung beruht. Ziel dieser Einrichtungen ist die außergerichtliche Einigung zwischen Arzt und Patient. Das Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist durch Verfahrensordnungen bzw. Statuten oder Vereinbarungen geregelt.

Während die Schlichtungsstellen in ihrer Stellungnahme Schadensersatzansprüche dem Grunde nach beurteilen, wird bei den Gutachterkommissionen das ärztliche Handeln als solches begutachtet. Die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen sind Feststellungen oder Empfehlun-

gen. Wenn der Patient oder Arzt mit der Entscheidung der Gutachterkommission oder Schlichtungsstelle nicht einverstanden ist, kann er den ordentlichen Rechtsweg beschreiten. Eine Klage vor Gericht wird durch die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen also nicht ausgeschlossen. Das Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist für die Beteiligten gebührenfrei. Durch die Besetzung dieser Gremien mit Ärzten und Volljuristen ist Sachverstand und Objektivität gewährleistet. Die Verfahrensdauer vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ist unterschiedlich, dies ist in den verschiedenen Verfahrensordnungen bzw. Statuten begründet. In der Regel ist jedoch mit einer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von etwa 10 bis 12 Monaten zu rechnen. Dies ergibt sich zum Teil aus den Schwierigkeiten des zu beurteilenden Sachverhaltes oder längeren Wartezeiten auf ärztliche Stellungnahmen, Berichte oder Sachverständigengutachten. Tabelle 1 enthält die Liste Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland, Abbildung 1 zeigt die topographische Gliederung.

Tabelle 1
Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland.

<p>Gutachterkommissionen im Bereich der Landesärztekammer Baden-Württemberg bei den Bezirksärztekammern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gutachterkommission bei der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg • Gutachterkommission bei der Bezirksärztekammer Nordbaden • Gutachterkommission bei der Bezirksärztekammer Südbaden • Gutachterkommission bei der Bezirksärztekammer Südwürttemberg
<p>Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Bayerischen Landesärztekammer</p>
<p>Gutachter- und Schlichtungsstelle bei der Landesärztekammer Hessen</p>
<p>Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein</p>
<p>Schlichtungsausschuss zur Begutachtung ärztlicher Behandlungen bei der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz</p>
<p>Gutachterkommission für Fragen ärztlicher Haftpflicht bei der Ärztekammer des Saarlandes</p>
<p>Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Sächsischen Landesärztekammer</p>
<p>Gutachterkommission für ärztliche Haftpflichtfragen bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe</p>
<p>Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern, in der die folgenden Ärztekammern zusammengeschlossen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ärztekammer Berlin • Landesärztekammer Brandenburg • Ärztekammer Bremen • Ärztekammer Hamburg • Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern • Ärztekammer Niedersachsen • Ärztekammer Sachsen-Anhalt • Ärztekammer Schleswig-Holstein • Landesärztekammer Thüringen

Abbildung 1



Topographische Gliederung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern

Arbeitsweise der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Trotz unterschiedlicher – historisch bedingter – Namensgebung sind Zusammensetzung und Arbeitsweise der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in den wesentlichen Punkten vergleichbar und in Verfahrensordnungen bzw. Statuten geregelt. Im Folgenden wird exemplarisch das Statut der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein vorgestellt [22].

Die Kommission wurde am 22. November 1975 mit dem Ziel gegründet, durch objektive Begutachtung ärztlichen Handelns dem durch einen Behandlungsfehler in seiner Gesundheit Geschädigten die Durchsetzung begründeter Ansprüche und dem Arzt die Zurückweisung unbegründeter Vorwürfe zu erleichtern. Beteiligte eines Verfahrens sind ein der Kammer als Mitglied angehörender Arzt als des Behandlungsfehlers Beschuldigter (Antragsgegner) und der Patient, der das Vorliegen eines Behandlungsfehlers behauptet (Antragsteller) oder dessen gesetzlicher Vertreter.

Die Kommission wird tätig, wenn ein schriftlicher Antrag des Patienten oder ein schriftlicher Antrag des Arztes vorliegt. Sie wird nicht tätig, wenn

- ein gerichtliches Verfahren über das Vorliegen eines Behandlungsfehlers abgeschlossen ist,

- der Streit durch außergerichtlichen Vergleich beigelegt worden ist,
- bei Antragstellung ein gerichtliches Verfahren anhängig oder eine Strafanzeige bei der Staatsanwaltschaft wegen desselben Vorwurfs erstattet worden ist oder gleichzeitig erstattet wird (wird das Gericht oder die Staatsanwaltschaft erst nach Antragstellung angerufen, so ist das Verfahren vor der Gutachterkommission in der Regel einzustellen),
- soweit der behauptete Behandlungsfehler im Zeitpunkt der Antragstellung länger als fünf Jahre zurückliegt.

Die Gutachterkommission besteht aus fünf Mitgliedern,

- einem Vorsitzenden, der die Befähigung zum Richteramt haben muss,
- einem Chirurgen,
- einem Internisten,
- einem Pathologen,
- einem niedergelassenen Allgemeinarzt.

Weiter werden zur Bearbeitung der ärztlich-medizinischen Fragen korrespondierende oder geschäftsführende Mitglieder berufen, die die Anträge in ihrem jeweiligen Aufgabenbereich bearbeiten. Das geschäftsführende Mitglied ist um eine möglichst schnelle und eingehende Aufklärung des Sachverhaltes bemüht. Die Beurteilung des Sachverhaltes kann entweder innerhalb der Kommission erfolgen oder es wird ein externes Sachverständigengutachten eingeholt. Eine mündliche Anhörung der Beteiligten erfolgt nur im begründeten Ausnahmefall.

Das Gutachten wird den Beteiligten zur Kenntnis gebracht. Es enthält eine sachverständige Äußerung zu der Frage, ob ein dem Arzt vorwerfbarer Behandlungsfehler festgestellt werden kann, durch den der Patient einen Gesundheitsschaden erlitten hat oder voraussichtlich erleiden wird. Erhebt einer der Beteiligten Einwände gegen das Gutachten, so kann er ein abschließendes Gutachten der Kommission (Kommissionsentscheidung) beantragen. Bei geeigneten Fällen und mit Zustimmung der Beteiligten kann ein Schlichtungsversuch unternommen werden.

Die Kosten der Gutachterkommission trägt die Ärztekammer, das Verfahren vor der Gutachterkommission ist für die Beteiligten gebührenfrei.

Statistik

Die gepoolten Daten aller Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen werden bei der jährlichen Pressekonferenz der Bundesärztekammer (BÄK) bekanntgegeben. Tabelle 2 enthält die Zahlen der Konferenz vom 19. Juni 2012.

Tabelle 2

Entwicklung der Antragsgänge bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern seit 2006.

Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anzahl	10.280	10.432	10.967	10.972	11.016	11.107

April 2013 · Nürnberg

Im Jahr 2011 wurde in 72,2% der Fälle die Überprüfung einer Behandlung im Krankenhaus beantragt, in 27,8% eine Behandlung aus dem niedergelassenen Bereich. Die häufigsten Klagen sowohl im niedergelassenen wie auch im Krankenhausbereich betrafen die Unfallchirurgie und Orthopädie. In 25,5% der begutachteten Fälle kam man zu dem Ergebnis, dass ein Behandlungsfehler mit kausal verursachtem Schaden vorliege, d.h. dass die Patientenansprüche begründet seien. In weiteren 5,2% wurde zwar ein Behandlungsfehler festgestellt, der jedoch nicht in einem kausalen Zusammenhang mit dem beklagten Schaden stand, sodass der Patientenanspruch als unbegründet abgelehnt wurde. In 69,3% der beklagten Fälle konnte ein Behandlungsfehler nicht bestätigt werden. Vergleicht man diese Zahlen mit den vom MDK publizierten Daten, so ergibt sich eine ähnlich hohe Behandlungsfehlerquote: Von den 12.686 im Jahr 2011 zur Überprüfung eingereichten Fällen wurde in 4.068 Fällen (32,1%) ein Behandlungsfehler bestätigt.

Anästhesie

Die Anzahl der in Deutschland jährlich durchgeführten Narkosen wird auf 7 bis 8 Millionen geschätzt. Im Vergleich dazu ist die Anzahl der Begutachtungsanträge im Jahr 2011 relativ gering: Beim MDK gingen 180 Anträge ein, bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen betrug die Anzahl der Begutachtungsanträge 234. Im Ranking der Fachgebiete erscheint die Anästhesie im niedergelassenen Bereich weder beim MDK noch bei den Einrichtungen der Ärztekammern auf den ersten zehn Rängen, im Krankenhausbereich nimmt sie nach der Unfallchirurgie/Orthopädie, Allgemeinchirurgie, Inneren Medizin, Gynäkologie/ Geburtshilfe und Neurochirurgie jeweils Rang 6 der beteiligten Fachgebiete ein.

Tabelle 3

Behandlungsfehlervorwürfe aus eigener gutachtlicher Tätigkeit (Auswertung von 154 Anträgen).

Vorwurf	Anträge	BF bestätigt
Narkose allgemein	36	4 (11%)
Rückenmarksnahe Verfahren (SPA, PDA, CSE)	27	2 (7%)
Atemwegssicherung (Tubus und LMA)	21	5 (24%)
Intensivtherapie	18	8 (44%)
Lagerung zur Operation	17	11 (65%)
Schmerztherapie	15	2 (13%)
Postoperative Phase	8	3 (37,5%)
Zentralvenenkatheter	5	0 (0%)
Plexusanästhesie	3	1 (33%)
Lokalanästhesie	2	2 (100%)
Notfallmedizin	1	1 (100%)
Aufklärungsrüge	4	4 (100%)
Unterlassene Sicherheitsaufklärung	1	1 (100%)

Von den 180 beim MDK gestellten, die Anästhesie oder Intensivmedizin betreffenden Anträgen wurde in 63 Fällen (35%) der Verdacht eines Behandlungsfehlers bestätigt, von den 234 bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen gestellten Anträgen ist der Anteil der Bestätigungen im Jahresbericht nicht mitgeteilt.

Aus der eigenen gutachtlichen Tätigkeit kann aus den Jahren 2008 bis 2012 über 154 Fälle berichtet werden. In 39 Fällen war ein Behandlungsfehler zu bestätigen, in vier Fällen war eine Aufklärungsrüge auszusprechen (unzureichende bzw. fehlende Eingriffsaufklärung), in einem Fall war die Durchführung einer dringend notwendigen Sicherheitsaufklärung nicht erfolgt. Einschließlich der Aufklärungsrügen entspricht dies seiner Behandlungsfehlerquote von 29%. In Tabelle 3 sind, sortiert nach ihrer Häufigkeit und kategorisiert nach Fallgruppen, die erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe zusammengefasst. In Spalte 3 („BF bestätigt“) sind absolute und relative Anzahl der bestätigten Behandlungsfehlervorwürfe aufgelistet.

Narkose allgemein: Hierunter fallen z.B. Klagen über vermeintlich falsche Narkosemethoden, durch die Narkose verursachtes Fortschreiten einer Grunderkrankung (z.B. Morbus Parkinson), paravasale Injektionen, Wachheit in Narkose, aber auch Klagen über operative Komplikationen (z.B. Blutungen). Als Behandlungsfehler wurden vier Ereignisse bestätigt, ein hypoxischer Hirnschaden nach zu spät erkannter Hypoxämie, ein intraoperativer Status asthmaticus bei fehlerhafter Medikation, eine zu flache Narkose mit der Folge einer iatrogenen Harnleiterperforation sowie eine Hornhauterosion.

Rückenmarksnahe Verfahren: Von 27 Anträgen wurden lediglich zwei bestätigt. In beiden Fällen wurde ein epidurales Hämatom zu spät erkannt und behandelt mit der Folge einer bleibenden Querschnittslähmung.

Atemwegssicherung: Als fehlerhaft wurden 5 von 21 Anträgen begutachtet: Eine Stimmbandläsion, zwei Zahnschäden, eine Trachealruptur und eine Weichteilverletzung bei Verwendung einer Larynxmaske (vgl. hierzu auch [1,2,3,4,13,14]).

Intensivtherapie: Am häufigsten wurde hier die Ausbildung eines Dekubitalulkus beklagt (6 Anträge), in drei Fällen wurde ein Behandlungsfehler bestätigt (unzureichende Prophylaxe; vgl. hierzu auch [19,20,21]). In den anderen Fällen handelt es sich um eine fehlerhafte Therapie bzw. um nicht bzw. zu spät erkannte und beherrschte technische Probleme während der Intensivtherapie.

Lagerung zur Operation: In 11 von 17 Fällen wurde ein Behandlungsfehler festgestellt. Beanstandet wurde in drei Fällen eine Schädigung des Plexus brachialis, in zwei Fällen des Nervus radialis und in je einem Fall des Nervus ulnaris, medianus, peroneus und suprascapularis (vgl. hierzu auch [7,16,18]). In einem Fall entwickelte sich während einer mehr als fünf Stunden dauernden Hüftgelenksoperation ein Kompartment-Syndrom am hochgelagerten Unterarm. Zu den Lagerungsschäden wurde auch ein Fall gerechnet, wo es durch

lang anhaltende, nicht therapierte Hypotension in Deck-Chair-Lagerung zur Entwicklung eines apallischen Syndroms kam (siehe hierzu auch [5,8,12]).

Schmerztherapie: Bestätigt wurden lediglich zwei Anträge, ein nach unbemerktem Abschneiden in Situ belassenes Plexuskatheterfragment und ein Abszess nach Injektionsbehandlung.

Postoperative Phase: Als Behandlungsfehler bestätigt wurden ein Sturz vom Operationstisch bei mangelnder Überwachung in der Aufwachphase, sowie zwei Fälle einer zu spät bemerkten respiratorischen Insuffizienz im Aufwachraum.

Zentralvenenkatheter: Bei allen fünf beanstandeten Verläufen konnte ein Behandlungsfehler nicht festgestellt werden.

Plexusanästhesie: In dem bestätigten Fall war es zur Verwechslung des zu anästhesierenden Arms durch den Anästhesisten gekommen.

Lokalanästhesie: In beiden Fällen handelt es sich um eine Bulbusperforation bei Retrobulbäranästhesie (siehe hierzu auch [9,11,15]).

Notfallmedizin: Bei dem einzigen notfallmedizinischen Fall handelt es sich um das Unterlassen einer Therapie bei akuter Atemnot.

Aufklärung: In vier Fällen fehlte eine Dokumentation der Aufklärung. Im Fall der fehlenden Sicherungsaufklärung hatte der Anästhesist die Eltern nicht darüber informiert, dass bei ihrem Kind während der Narkose eine kurzfristige Asystolie aufgetreten war.

Wie verhält man sich in einem Schadensfall?

Erleidet ein Patient im Zusammenhang mit einer medizinischen oder pflegerischen Tätigkeit einen Schaden, so kann dies schicksalhaft oder durch einen Fehler bedingt sein. Ein schicksalhaft entstandener Schaden muss nicht unbedingt Folge der Behandlung sein (fehlende Kausalität), er kann auch zufällig in der Zeitspanne aufgetreten sein, in der auch die medizinische Behandlung erfolgte, z.B. eine Verschlechterung einer Morbus Parkinson-Symptomatik während eines Krankenhausaufenthaltes. Der behandelnde Arzt kann für die Koinzidenz der Ereignisse nicht verantwortlich gemacht werden, ein Behandlungsfehler liegt nicht vor.

Verwirklicht sich ein Schaden als typisches Risiko einer Behandlung, z.B. eine Heiserkeit nach endotrachealer Intubation, so ist eine Kausalität gegeben, d.h. die Behandlung ist Ursache des entstandenen Schadens. Kann der Arzt glaubhaft machen, dass er mit der entsprechenden Sorgfalt und nach den geltenden Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt hat (Indikation, Aufklärung des Patienten, Durchführung der Maßnahme, Erkennen und gegebenenfalls Behandlung des Schadens), so trifft ihn auch in diesem Fall keine Schuld. Der entstandene Schaden ist zwar Folge der Behandlung, die Behandlung als solche war jedoch nicht fehlerhaft. Der nicht sicher zu vermeidende Schaden kann nicht auf einen Behandlungsfehler zurückgeführt werden.

Ein Behandlungsfehler kann dem Arzt nur dann vorgeworfen werden, wenn er durch Handeln oder pflichtwidriges Unterlassen die in seinem Tätigkeitbereich erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt. Entscheidend ist, was unter den Verhältnissen des vorliegenden Einzelfalls von einem gewissenhaften und sorgfältigen Arzt seiner Fachrichtung allgemein zu verlangen ist. Das richtet sich nach dem medizinischen Standard. Dieser entspricht dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft und der anerkannten medizinischen Praxis.

Wie immer auch ein Schaden entstanden sein mag, früher oder später wird ihn der betroffene Patient (oder seine Umgebung) wahrnehmen und nach einer Erklärung suchen. Er weiß nicht, ob eine Kausalität zwischen Behandlung und Schaden besteht, ob der Schaden nicht sicher zu vermeiden war oder Folge mangelnder Sorgfalt ist. Er wird vielmehr immer davon ausgehen, dass der entstandene Schaden Folge der Behandlung ist und vermeidbar gewesen wäre. Er erwartet vom behandelnden Arzt eine zeitnahe, verständliche und nachvollziehbare Erklärung.

Das in einem zeitlich möglichst engen Zusammenhang mit dem Schadensereignis stehende Gespräch ist das erste und wichtigste Instrument eines erfolgreichen Zwischenfallmanagements [10,17]. Der Patient hat einen Rechtsanspruch auf Information über ein stattgehabtes Schadensereignis (auch wenn er den entstandenen Schaden – noch – nicht realisiert hat), der Arzt ist verpflichtet, den Patienten zu informieren, sobald ihm der Schaden bekannt wird. Mit einem frühzeitig und vertrauensvoll geführten Gespräch wird der Arzt in einem großen Teil der Fälle weitere Auseinandersetzungen verhindern können.

Unglücklicherweise befindet sich der gerade der Anästhesist in Bezug auf ein vertrauensvolles und zeitnahes klärendes Gespräch in einer schwierigen Situation: Im klinischen Alltag wird der Patient in der Anästhesiesprechstunde von einem Arzt aufgeklärt, ein anderer Arzt führt später die Anästhesie durch und der Patient erinnert sich unter der Wirkung der Prämedikation und der Anästhetika möglicherweise später gar nicht mehr an ihn. Es wird schwierig sein, auf der Basis dieser Arbeitsteilung ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient aufzubauen [17], das als belastbare Basis für die Kommunikation nach einem Zwischenfall dienen könnte.

Erschwert wird die Situation noch dadurch, dass eine postoperative Visite nur in den seltensten Fällen stattfindet. Der Anästhesist wird daher häufig erst verspätet und aus zweiter Hand von einem stattgehabten Zwischenfall erfahren. Der Patient wird inzwischen von anderer Seite Informationen bekommen oder sich geholt haben. Der Anästhesist, der seinen Patienten postoperativ nicht visitiert, hat im Schadensfall mit mehreren Problemen zu kämpfen:

- Es fehlt die Vertrauensbasis.
- Der Anästhesist erscheint erst nach Aufforderung.
- Der Patient ist bereits (falsch?) informiert worden.
- Das Ereignis liegt längere Zeit zurück.

April 2013 · Nürnberg

Es versteht sich von selbst, dass diese Probleme kontraproduktiv im Hinblick auf für eine erfolgreiche Konfliktlösung sind:

Die frühzeitige postoperative Visite ist essentielle Voraussetzung für ein erfolgreiches Zwischenfallsmanagement

Eine weitere unverzichtbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Konfliktlösung ist die zeitnahe und genaue Dokumentation des Vorgangs. Wenngleich eine fehlende Dokumentation keinen Behandlungsfehler darstellt, so geben Dokumentationsmängel immer Anlass zu der Annahme, dass notwendige ärztliche Maßnahmen unterblieben bzw. nicht feststellbar sind. In solchen Fällen kann bei einer späteren Auseinandersetzung eine unzureichende Dokumentation zu Feststellungen führen, die den Arzt belasten und damit Behandlungsfehler ergeben. Darüber hinaus schreibt die Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte vor, die erforderlichen Aufzeichnungen über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und erforderlichen Maßnahmen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation. Je mehr Zeit zwischen dem Ereignis und dessen Aufarbeitung vergeht, umso mehr wird der Arzt auf seine Dokumentation zurückgreifen müssen. Kommt es zu einer Aufarbeitung des Sachverhaltes durch Gutachter oder Juristen, so gilt der Grundsatz:

Quod non est in actis, non est in mundo

(Was nicht in den Akten ist, ist nicht in der Welt)

Die Dokumentation muss nachvollziehbar zeitnah erfolgen und möglichst vollständig sein. Es gibt keinen Grund, einen Anästhesiezwischenfall in allen Einzelheiten auf einem Narokoseprotokoll zu dokumentieren, was in der Regel aus Platzgründen ohnehin nicht möglich ist. Am besten geeignet ist ein frei formulierter Zwischenfallsbericht mit genauen Angaben des zeitlichen Ablaufs der Ereignisse und der Maßnahmen. Zur Sicherung der Beweiskraft muss dieser in die Krankenakte aufgenommen werden. Empfehlenswert ist die zusätzliche Erstellung eines Protokolls, das im Bedarfsfall als Gedächtnisstütze Verwendung finden kann und nicht Bestandteil der Krankenakte ist.

Die von Ulsenheimer und Bock erstellte Checkliste der wichtigsten Regeln zum Verhalten nach einem Zwischenfall hat sich für dessen juristisch korrekte Aufarbeitung bewährt. Es wird empfohlen, auf diese Liste zurückzugreifen. Sie findet sich als Anhang zu der Publikation „Der Juristische Notfallkoffer® – Verhalten nach einem Zwischenfall und kann im Netz abgerufen werden [17]:

www.bda.de/downloads/22_2-11JuristischerNotfallkoffer.pdf
oder

www.uls-rechtsanwaelte.de/notfallkoffer.html

Literatur

1. Domino KB, Posner KL, Caplan RA, Cheney FW: Airway injury during Anesthesia. *Anesthesiology* 1999;91:1703-1711
2. Folwaczny H, Hickel R: Oro-dentale Verletzungen während der Intubationsnarkose. *Anaesthesist* 1998;47:707-731
3. Givol N, Gershtansky Y, Halamish-Shani T, Taicher S, Perel A, Segal E: Perianesthetic Dental Injuries: Analysis of Incident Reports. *J Clin Anesth* 2004;16:173-176
4. Hempel V: Schäden und Gefahren beim Einsatz der Kehlkopfmaske. *Anaesthesist* 1999;48:399-402
5. Mazzon D, Danelli G, Poole D, Marchini C, Bianchin C: Beach chair position, general anesthesia and deliberate hypotension during shoulder surgery: a dangerous combination! *Minerva Anestesiol* 2009;75:281-282
6. Mencke T, Echternach M, Kleinschmidt S, Lux P, Barth V, Plinkert PK, Fuchs-Buder T: Laryngeal Morbidity and Quality of Tracheal Intubation. *Anesthesiology* 2003;98:1049-1056
7. Müller-Vahl H: Lagerungsbedingte Nervenschäden. *Anästhesiologie Intensivmedizin* 2010;51:664-678
8. Murphy GS, Szokol JW, Marymont JH, Greenberg SB, Avram MJ, Vender JS, Vaughn JN, Nisman M: Cerebral Oxygen Desaturation Events Assessed by Near-Infrared Spectroscopy During Shoulder Arthroscopy in the Beach Chair and Lateral Decubitus Positions. *Anesth Analg* 2010;111:496-505
9. Neuburger M, Büttner J: Komplikationen bei peripherer Regionalanästhesie. *Anaesthesist* 2011;60:1014-1026
10. NN: Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall. www.aktionsbuendnis-patientensicherheit.de
11. Peng PWH, Smedstad KG: Litigation in Canada against anesthesiologists practicing regional anesthesia. A review of closed claims. *Can J Anesth* 2000;47:105-112
12. Pohl A, Cullen DJ: Cerebral ischemia during shoulder surgery in the upright position: a case series. *J Clin Anesth* 2005;17:463-469
13. Schaffartzik W, Herzog M, Wohlers C: Zahnschäden in der Anästhesiologie – Risikogruppen und Haftungsfragen. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 2010;45:274-277
14. Schara J, Weber B: Haftung für Zahnschädigung durch Anästhesie. *Rhein Ärztebl* 2009;5:21-23
15. Schrader WF, Schargus M, Schneider E, Josifova T: Risks and sequelae of scleral perforation during peribulbar or retrobulbar anesthesia. *J Cataract Refract Surg* 2010;36:885-889
16. Stöhr M: Iatrogene Nervenläsionen, 2. Auflage. Thieme Stuttgart 1996
17. Ulsenheimer K, Bock RW: Der juristische Notfallkoffer – Verhalten nach einem Zwischenfall (www.bda.de)
18. Vinz H: Nervus ulnaris-Parese als Lagerungsschaden – wann verschuldet, wann unverschuldet? *Nieders Ärztebl* 2008;4:26-27
19. Weber B, Castrup HJ: Sorgfaltsmangel bei Dekubitusprophylaxe? *Wund-Management* 2009;3:54-58
20. Weber M: Dekubitus im Haftungsprozess: Voll beherrschbares Risiko? *Pflegezeitschrift* 2010;63:685-687
21. Werdan K: Ist ein Dekubitus immer vermeidbar? *Internist* 2002;43:414-415
22. www.aekno.de
23. www.bundesaerztekammer.de
24. www.gbe-bund.de
25. www.mdk.de
26. www.stern.de